

Huub Buijssen

Traumatische Erlebnisse in der Pflege

Unterstützung im Team
und Selbsthilfe

 Springer

Traumatische Erlebnisse in der Pflege

Huub Buijssen

Traumatische Erlebnisse in der Pflege

Unterstützung im Team
und Selbsthilfe



Springer

Huub Buijssen
Diplom Psycholog & Berater
Tilburg, Niederlande

ISBN 978-3-662-62826-3 ISBN 978-3-662-62827-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-62827-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Sarah Busch

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Bis vor kurzem wurde den überwältigenden Erlebnissen von Krankenschwestern und -pflegern wenig oder gar keine Aufmerksamkeit geschenkt. Vor Beginn dieses Jahrhunderts schwiegen die Betroffenen darüber und auch Pflegeeinrichtungen boten ihren Mitarbeitern keine Hilfestellungen. Es ist bemerkenswert, dass traumatische Erfahrungen in diesen Bereichen so lange ignoriert wurden. Traditionell sind diese Berufsgruppen bei der Arbeit traumatischen Erlebnissen ausgesetzt. Die berühmteste Krankenschwester aller Zeiten, Florence Nightingale (1820–1910), ist ein Beispiel dafür. Selbst sie entwickelte eine posttraumatische Belastungsstörung. Nach ihrer Rückkehr nach England aus dem Krimkrieg kam sie unter Verwendung neuester statistischer Berechnungen zu der erschütternden Erkenntnis, dass sie viertausend Soldaten in den Tod gejagt hatte. Indem sie kranke und verwundete Soldaten zusammenbrachte und in einem schmutzigen Feldlazarett pflegte, starben viele an Infektionen, die sie sich dort zugezogen hatten. Nach ihrer Entdeckung wurde sie von enormen Schuldgefühlen gequält. (Für den Rest ihres Lebens blieb sie ein Kritiker von Krankenhäusern: in diesen würden Menschen nur noch kränker werden.)

Glücklicherweise hat sich in den letzten zwanzig Jahren viel zum Besseren gewendet. Traumatische Erlebnisse und Psychotraumata sind heute vertraute Begriffe (manchmal wird so schnell zu ihnen „gegriffen“, dass sie scheinbar einer Inflation unterliegen). Die meisten Institutionen sind dazu übergegangen, kollegiale Unterstützung und Peer-Support zu organisieren. Betroffene Mitarbeiter müssen nicht mehr allein und in aller Stille vor sich hinleiden.

Dieses Buch zeigt auf, wie Pflegekräfte ihre betroffenen Kollegen unterstützen können und wie Institutionen nach neuesten Erkenntnissen die Nachsorge für ihre Mitarbeiter ausgestalten können. Leitlinie bei der Abfassung dieses Buches war die

Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden (dt. Leitfaden zur psychosozialen Unterstützung uniformierter Personen), die vor einigen Jahren von einer nationalen Expertenarbeitsgruppe ausgearbeitet worden ist. Daran waren unter anderem folgende Institutionen beteiligt: Ambulanzpflege Niederlande, Nationale Notaufnahme Ambulanzpflege, Polizei Niederlande, Feuerwehr, Verteidigung und die Sicherheitsregion Rotterdam-Rijnmond. Die Richtlinie war eine Initiative von Impact, dem nationalen Wissens- und Beratungszentrum für psychosoziale Betreuung nach Katastrophen und Unglücksfällen. Die wichtigsten Grundsätze der Richtlinie (die ich befürwortete) waren:

1. Die meisten Mitarbeiter verfügen über eine ausreichende Belastbarkeit, um traumatische Vorfälle alleine, sprich ohne professionelle Hilfe, zu bewältigen.
2. Der relativ kleine Teil, dem dies nicht gelingt, muss genauestens und rechtzeitig identifiziert werden. Die kollegialen Unterstützer können dabei eine wichtige Rolle spielen.
3. Da die betroffene Person noch nicht in der Lage ist, das zu interpretieren, was sie in den ersten Tagen nach dem Vorfall erlebt hat und dann auch Informationen nicht richtig aufnehmen kann, sollte man sehr zurückhaltend dabei sein, eine Nachsorge in Form von Nachbetreuungsgesprächen anzubieten.
4. In der gleichen ersten Phase nach dem Vorfall sollten keine tieferen Emotionen im Mittelpunkt stehen.
5. Anschließend sollten Psychoinformationen über Traumabehandlung und -bewältigung bereitgestellt werden.
6. Bei der Bereitstellung von kollegialer Unterstützung ist Vertraulichkeit unerlässlich.
7. Hierarchische oder Abhängigkeitsbeziehungen sollten vermieden werden. Führungskräfte sollten daher vorzugsweise keine Nachbetreuungsgespräche mit ihren eigenen Mitarbeitern führen.

Das Was, Wie und Warum dieser Prinzipien wird in diesem Buch ausführlich diskutiert.

Tilburg
März 2020

Huib Buijssen

Über den Autor

Huub Buijssen (1953) ist ein Niederländischer Psychogerontologe und Diplom Psychologe. Er schrieb und redigierte 42 Bücher, von denen zehn ins Deutsche übersetzt wurden, darunter:

- Jetzt verstehe ich dich. Verborgene Wünsche in Paarbeziehungen. Weinheim (Beltz) 2013
- Die magische Welt von Alzheimer. 30 Tipps, die das Leben mit Demenzkranken leichter und erfüllter machen. Weinheim (Beltz) 2016
- Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber. Weinheim (Beltz) 2016
- Depression. Helfen und sich nicht verlieren. (Beltz) 2017
- Coachende Gesprächsführung. In sechs Schritten von Problem zur Lösung. Weinheim (Beltz) 2019

Daneben erschienen Übersetzungen ins Englische, Dänische, Schwedische, Polnische, Tschechische und Südkoreanische.

Huub Buijssen ist Direktor eines Schulungszentrums, das auf Schulungen zu den Themen Traumaverarbeitung und Unterstützung von Pflegenden, auf Demenz und die Methode „Coachende Gesprächsführung“ spezialisiert ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Traumatische Erfahrungen und Psychotrauma	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Begriffserklärung: unangenehme, unerwünschte, bewegende und traumatische Erfahrungen	2
1.3	Sexuelle Belästigung	10
1.4	Was ist ein Psychotrauma?	12
1.5	Wie fühlt sich ein Psychotrauma an?	16
1.6	Anerkennung von Psychotraumata und PTBS	20
1.7	Kollegiale Unterstützung in der Pflege	23
	Literatur	26
2	Verarbeitung	27
2.1	Einleitung	27
2.2	Was bedeutet Verarbeitung?	28
2.3	Phasen der Verarbeitung	31
2.4	Verarbeitungsaufgaben	34
2.5	Notwendige Illusionen	35
2.6	Weshalb Konfrontation notwendig ist	37
2.7	Die Bedeutung von Ruhe, Ablenkung und Vermeidung	38
2.8	Verarbeitungsstrategien	39
2.9	Grübeln und durch den Kopf gehen lassen	46

2.10	Schuldgefühle und Scham	47
2.11	Zorn und Vergebung	49
2.12	Anzeichen einer Genesung	52
2.13	(Andere) Ratschläge zur Selbsthilfe	53
2.14	Ratschläge für das nähere Umfeld	56
2.15	Hilfe aus der unmittelbaren Umgebung	63
	Literatur	68
3	Kollegiale Unterstützung innerhalb der Einrichtung	69
3.1	Einleitung	69
3.2	Wozu kollegiale Unterstützung	70
3.3	Die Aufgaben des Teams der kollegialen Unterstützung	74
3.4	Zusammensetzung des Teams kollegialer Unterstützer	78
3.5	Profil der Unterstützer	79
3.6	Erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten des Unterstützers	81
3.7	Anwerbung von Unterstützern	82
3.8	Die Grenzen der kollegialen Unterstützung	83
3.9	Präsentation vor den Teams/Abteilungen	84
3.10	Coaching und Intervision	88
3.11	Das Drei-Gespräche-Modell	88
3.12	Wissenschaftliche Untermauerung kollegialer Unterstützung	112
	Literatur	117
4	Gestörte Verarbeitung	119
4.1	Einleitung	119
4.2	Die posttraumatische Belastungsstörung	119
4.3	Was passiert im Gehirn während einer PTBS?	122
4.4	Depression	123
4.5	Sucht	125
4.6	Andere Beschwerden	127
4.7	Window of Tolerance	128
4.8	Erhöhte Verwundbarkeit	129
4.9	Schutzfaktoren	146
4.10	Wann sollte man professionelle Hilfe suchen?	149
4.11	Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung	152
	Literatur	156
	Stichwortverzeichnis	159



Traumatische Erfahrungen und Psychotrauma

1

1.1 Einleitung

Eine Pflegekraft, die in einem Pflegeheim für somatische Patienten arbeitet:

Um neun Uhr abends hat Herr Vink immer noch nicht angerufen. Normalerweise helfe ich ihm um sieben Uhr, seine Stützstrümpfe auszuziehen. Ich gehe besser mal nachsehen. Die Tür des Zimmers ist verschlossen. Die Lichter sind aus. Könnte er immer noch draußen sein? Dann hätte er nach dem Essen doch gesagt, dass es spät werden könnte. Ich öffne die Tür mit unserem Schlüssel.

Der Raum ist leer. Dann sehe ich den Lichtstreifen unter der Duschtür. Mein Herz hüpft einmal. Ich zwingen mich, nachzusehen. Um Gottes willen, lass es keine Kopfwunde sein! Dann sehe ich ihn. Immer noch halb sitzend, mit dem Duschschlauch um den Kopf. Es ist ein schrecklicher Anblick. Das kann nicht wahr sein, denke ich. Das kann doch nicht wahr sein. Ich schlage die Tür zu und versuche, mich zusammenzureißen. Zusammen mit einem Kollegen hole ich Herrn Vink aus der Dusche. Wir stülpen ihm einen Kissenbezug über den Kopf, weil wir sein Gesicht, das zur Wand gedreht war, nicht sehen wollen. Ich rufe den Arzt und die Polizei.

Im Nachhinein stellt sich heraus, dass es kein Selbstmord war. Der Bewohner hatte wahrscheinlich in der Dusche einen Schlaganfall und ist unglücklich gefallen.

Wenn Sie in der Pflege arbeiten, haben Sie ein erhöhtes Risiko, früher oder später ein traumatisches Ereignis zu erleben. Das Besondere an der Arbeit im Gesundheitswesen ist, dass es um Menschen geht, die für den wichtigsten Aspekt

ihres Lebens auf Sie angewiesen sind: ihre Gesundheit. Mit allem, was zwischen Leben und Tod, zwischen völliger Unabhängigkeit und totaler Abhängigkeit geschieht, sind heftige Emotionen verbunden. Das zeigt sich unter anderem darin, dass Menschen, die in ihrem gewöhnlichen Leben in der Lage sind, ihre Emotionen vollständig unter Kontrolle zu halten, sehr verletzlich und klein werden, wenn sie eine schwere oder lebensbedrohliche Krankheit entwickeln. Sie kennen wahrscheinlich Beispiele solcher Menschen.

Wenn Sie in der Pflege arbeiten, sind Sie täglich mit einer Seite des Lebens konfrontiert, mit der Menschen, die nicht in der Pflege arbeiten, nur selten konfrontiert werden: mit Leiden, körperlichem und geistigem Verfall und Tod. Für Sie sind diese Erfahrungen, die sich an der Grenze des Lebens abspielen, tägliche Realität.

- ▶ **Tipp** Sie werden in wenigen Jahren mehr emotional geladene Erfahrungen erleben als Laien in einem ganzen Leben. Einige dieser Erfahrungen sind so ergreifend und bewegend, dass man sie als traumatisch bezeichnen kann.

1.2 Begriffserklärung: unangenehme, unerwünschte, bewegende und traumatische Erfahrungen

Nicht alle emotionalen Erfahrungen haben die gleiche Intensität und damit auch nicht die gleiche Wirkung. Um deutlich zu machen, um welche Kategorie von Erfahrungen es sich in diesem Buch handelt, stelle ich dem Begriff „traumatische Erfahrungen“ drei andere gängige Begriffe gegenüber: „unerwünschte Erfahrungen“, „unangenehme Erfahrungen“ und „bewegende Erfahrungen“. In der Praxis werden diese drei Begriffe oft gleichbedeutend verwendet.

In Abb. 1.1 habe ich versucht, die Unterschiede zwischen diesen Begriffen anhand einer Linie mit vier Markierungspunkten zu verdeutlichen.

Traumatische Erfahrungen

Abb. 1.1 zeigt auf einen Blick, dass die traumatische Erfahrung die extremste, intensivste Erfahrung ist, die man erleben kann. Sie ist am weitesten von alltäglichen,

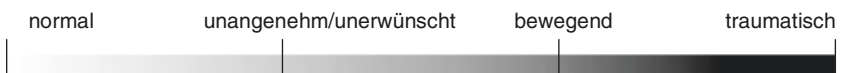


Abb 1.1 Visualisierung einiger Begriffe

normalen Erfahrungen entfernt. Ein Beispiel dafür ist ein pflegerischer oder medizinischer Fehler mit schweren oder tödlichen Folgen.

Wie diese junge Krankenschwester (die „Ich-Person“ im Dialog) feststellt:

Ich arbeite in der Krankenstation eines Allgemeinkrankenhauses und habe Nachtschicht. Bei der Übergabe erfahre ich, dass ein sehr krankes Kind auf der Station liegt. Es ist am Nachmittag mit einem Kaiserschnitt zur Welt gekommen. Da es im OP sehr geschäftig zugegangen war, habe die Mutter einige Zeit auf die Operation warten müssen. Da sich Kindspech im Fruchtwasser befand, habe die Operation mit der größtmöglichen Dringlichkeit durchgeführt werden müssen. Das Baby ist asphyktisch zur Welt gekommen und hatte somit einen schlechten Start.

Kurz vor meiner Schicht hatte es im Zusammenhang mit Krämpfen bereits mehrere Medikamente erhalten. Das Baby liegt im Notfallbereich des Inkubatorraums. Wegen seines Zustands bleibe ich die ganze Zeit bei ihm. Das Baby kommt nicht zur Ruhe: Trotz der Medikamente hat es Krämpfe. Weil ich mir darüber Sorgen mache, rufe ich den Kinderarzt an; er lässt mich wissen, dass er im Moment nichts tun kann. Er hält es auch nicht für nötig, dass er kommt. Da die Krämpfe immer wieder kommen, rufe ich nach einer Weile wieder den Kinderarzt an. Dieser gibt mir auf, 35 Milligramm Phenytoid (Diphantoin) intravenös zu verabreichen. Ich rufe meine Kollegin an und bitte sie, das Medikament vorzubereiten. Ich sage, dass sie es verdünnen muss und wir es über die Spritzenpumpe verabreichen müssen. Sie entgegnet, dass wir es nicht verdünnen müssten. „Es sind nur 3,5 ml“: Ich reagiere nicht darauf, meine Aufmerksamkeit wird auf einen erneuten Krampf gelenkt. Meine Kollegin zeigt mir die Spritze und die Ampulle zur Kontrolle, ich werfe einen kurzen Blick darauf und wir schließen die Spritzenpumpe gemeinsam an. Während das Medikament in die Vene läuft, geht es dem Baby eher schlechter als besser. Deshalb gebe ich zusätzlichen Sauerstoff und rufe meinen Kollegen an, damit er den Kinderarzt anruft und ihn bittet, so schnell wie möglich zu kommen.

Als der Kinderarzt nach einer Weile eintrifft, beatme ich das Baby bereits. Der Kinderarzt übernimmt, aber das Baby reagiert nicht mehr. Es ist bereits gestorben.

Sehr bald danach treffen die Eltern ein. Sie sind fassungslos, als sie erfahren, dass ihr Sohn gestorben ist. Der Kinderarzt meint, er habe sich zwar Sorgen um ihr Baby gemacht, dies aber nicht erwartet. Als er das sagt, bleibt mir fast mein Herz stehen: „Wir haben das Phenytoid doch richtig verabreicht, oder?“ schießt es mir durch den Kopf. Ich hole die Schachtel mit den Ampullen und suche mir ein ruhiges Zimmer. Meine Hände fangen an zu zittern, als ich feststelle, dass dort 50 ml drin sind, während die Ampulle 5 ml enthält. Statt 35 mg gaben wir 175 mg! Als ich das begreife, werde ich fast ohnmächtig. Ich gehe zum Kinderarzt und erzähle ihm, was ich entdeckt habe. Er sagt, dass die Überdosis tatsächlich eine Rolle bei dem Tod gespielt haben könnte.

Nach der Nachtschicht habe ich zehn Tage frei. Als ich wieder zur Arbeit komme, bin ich besonders angespannt. Es muss nur beispielsweise ein kleiner Fehler in der Abteilung geschehen und schon reagiere ich ungehalten. Weil ich das Gefühl habe, dass sich die Dinge in die falsche Richtung entwickeln, wende ich mich an den Abteilungsleiter. Ich kann nicht sprechen. Ich kann nur weinen, weinen, weinen.

Schema 1 Mögliche Ursachen von Psychotraumata

- Physische Aggression – besonders in der Psychiatrie – wie Treten und Schlagen, vor allem, wenn man ernststen körperlichen Schaden davonträgt oder die Aggression verhängnisvoll hätte ausgehen können.
- Beinah-Gewalttaten.
- (Vermeintliche) Infektion oder Beinah-Infektion mit dem HIV, Hepatitis-B-Erreger oder Covid-19 (Coronavirus).
- Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang oder schweren körperlichen Verletzungen (insbesondere wenn Kinder beteiligt sind).
- Selbstmorde.
- Opfer unerwünschter körperlicher Intimitäten zu werden.
- Anwesenheit beim Tod oder einer schweren Verletzung von Kollegen.
- Plötzliche Konfrontation mit dem Tod.
- Unfall mit mehreren Opfern.
- Pflegen zu müssen, obwohl man erkennt, dass der Patient sehr leidet und es keine Hoffnung auf Gesundung oder Besserung gibt.
- Ernster pflegerischer Fehler, wobei gleichgültig ist, ob er folgenlos bleibt oder fatale oder ernsthafte Folgen hat.
- Mehrere erschütternde Erlebnisse innerhalb kurzer Zeit.

Diese Aufzählung ist bei weitem nicht vollständig, jedoch vermittelt sie einen Eindruck von den vielen Dingen, die ein Psychotrauma verursachen können. Kennzeichnend ist auf jeden Fall, dass psychologische, physische und/oder emotionale Grenzen (notwendigerweise und/oder zeitweise oder auch nicht) überschritten wurden.

Es gibt für den Begriff traumatisches Ereignis fast genauso viele Definitionen wie es Traumaexperten gibt. Eine einfache, wenn auch wenig präzise Definition ist „jedes Ereignis, das bei einem Individuum eine ungewöhnlich heftige Reaktion hervorruft.“

- **Tipp** Die gebräuchlichste Definition – die auch ich vorziehe – lautet:

... ein Ereignis, das außerhalb des üblichen Rahmens normaler menschlicher Erfahrungen liegt und das bei fast jedem deutliches Leid verursacht.

Mit anderen Worten, es ist ein Ereignis, das so schrecklich und so anders ist, dass derjenige, dem dieses Ereignis widerfährt, es emotional kaum bewältigen kann. Der Betroffene wird emotional verletzt (das griechische Wort *trauma* bedeutet *Wunde*).

Für Pflegekräfte ist Trauma möglicherweise ein verwirrender Terminus. Den Begriff kennen sie in der Bedeutung der (schweren) physischen Verletzung. Es gibt noch eine andere Ursache für die Begriffsverwirrung. Genauso wie das beim Wort Stress der Fall ist, wird der Begriff Trauma sowohl für etwas außerhalb der Person (das Ereignis) als auch für die psychische Reaktion darauf verwendet. „Er hat ein Trauma erlebt“ (vgl.: „Er hat viel Stress am Arbeitsplatz“) und „Er hat ein Trauma davongetragen“ („Er steckt total im Stress“).

Um Missverständnissen vorzubeugen, werde ich fortan den Ausdruck *erschütterndes Ereignis* oder *Vorfall* verwenden, wenn das Ereignis gemeint ist, und den Ausdruck Psychotrauma für die Reaktion reservieren.

Die Bibel der Psychiatrie, das *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (dt. Diagnostisches und statistisches Handbuch für psychische Störungen) fünfte Auflage (DSM-5), definiert ein erschütterndes Ereignis wie folgt: Die Aussetzung gegenüber einem tatsächlichen oder drohenden Tod, einer schweren Verletzung oder einem sexuellen Übergriff auf eine von vier Arten:

1. Das Ereignis selbst durchlebt haben.
2. Persönlicher Zeuge gewesen sein.
3. Haben feststellen müssen, dass das (die) psychotraumatische(n) Ereignis(se) einem engen Familienmitglied oder einem engen Freund widerfahren ist (sind). (Das Ereignis muss dann gewalttätiger Natur sein oder einen Unfall beinhalten).
4. Sich wiederholt oder auf extreme Art und Weise den schrecklichen Details des psychotraumatischen Ereignisses/der psychotraumatischen Ereignisse haben aussetzen müssen.

- ▶ **Tipp** Die Definition umfasst also nicht nur Personen, die selbst ein extremes Ereignis erleben, sondern erstreckt sich auch auf diejenigen, die Zeuge eines solchen Ereignisses sind, und auf diejenigen, die erfahren, dass ein naher Verwandter Opfer eines solchen Ereignisses geworden ist.

Schließlich schließt die Definition auch diejenigen ein, die in die Nachwirkungen des Ereignisses verwickelt waren und mit schrecklichen Bildern oder Geschichten von Opfern konfrontiert werden. Zur letzteren Gruppe gehören etwa Rettungssanitäter (und andere Pflegekräfte), die mit den leiblichen Überreste nach einem Selbstmord auf den Zuggleisen konfrontiert werden oder Krankenschwestern, Ärzte und Jugendbetreuer, die beruflich immer wieder mit den Einzelheiten des Kindesmissbrauchs zu tun haben.

- ▶ **Tipp** In dem Moment, in dem Sie einem erschütternden Ereignis ausgesetzt sind, erleben Sie für kurze oder längere Zeit extreme Angst, Schrecken und Ohnmacht.¹

Die Erfahrung konfrontiert Sie auch auf direkte oder indirekte Weise mit dem Tod oder der körperlichen Verwundbarkeit von sich selbst oder einer anderen Person. Mit anderen Worten: Sie blicken dem Tod direkt in die Augen oder Sie werden sich Ihrer eigenen Verletzlichkeit bewusst.

Ein weiterer Aspekt eines erschütternden Ereignisses ist, dass Sie in Ihrer Existenz akut gestört werden. Ihr Leben wird plötzlich völlig auf den Kopf gestellt.

Ein letztes Merkmal eines erschütternden Ereignisses ist sein unerwarteter Charakter. Eine Katastrophe schlägt plötzlich zu, man hat sich nicht darauf vorbereiten oder sich dagegen wappnen können.

Das erklärt, warum ein und dasselbe Ereignis, das noch nie zuvor traumatisch war, dies plötzlich aufgrund einer anderen Erwartungshaltung dennoch sein kann. Sie erwarten beispielsweise einen Erwachsenen und es stellt sich heraus, dass es sich um ein Kind handelt.

¹Ich stütze mich hiermit auf die vierte, *vorletzte* Ausgabe des DSM. In der letzten Ausgabe, dem DSM 5, wurden diese drei primären emotionalen Reaktionen aus der Definition gestrichen, vielleicht weil die Herausgeber des Handbuchs hofften, der Definition einen objektiveren Charakter zu verleihen. An dieser Stelle möchte ich jedoch auf die alte Definition zurückkommen, denn gerade auf der Grundlage der drei Primärreaktionen lässt sich die Unterscheidung zu den weniger intensiven Erlebnissen treffen, auf die ich im Folgenden eingehen werde.

- ▶ **Tipp** Aufgrund der unterschiedlichen Erwartungshaltungen kann ein und dasselbe Ereignis für einige traumatisch sein und für andere nicht.

Als Beispiel dafür mache ich einen Zeitsprung zum 06. November 1990, als sich in der Nähe von Breda der größte Verkehrsunfall in der niederländischen Geschichte ereignete. Eine plötzlich aufsteigende Nebelbank verursachte eine Massenkarambolage mit 101 Fahrzeugen, bei der 8 Tote und 27 Verletzte zu beklagen waren. Die zwei Motorradpolizisten, die als erste am Unglücksort eintrafen, erwiesen sich nachher als am schlimmsten davon betroffen. Sie waren von der Polizeizentrale zu diesem Ort geschickt worden, nachdem ein Anruf eines Taxiunternehmens bezüglich eines „Unfall“ auf der Autobahn A16 einging. Im Gegensatz zu den 70 Polizisten, die nach ihnen eintrafen und die – dank der Informationen der beiden Polizisten – über die Polizeistation genauestens über die Katastrophe informiert worden waren, konnten sich die beiden Polizisten auf die schrecklichen Bilder, die sie sehen würden, überhaupt nicht vorbereiten. Wie beispielsweise auf Menschen, die vor ihren Augen im Auto verbrannten.

Tiefgreifende Ereignisse

- ▶ **Tipp** Tiefgreifende oder schockierende Ereignisse sind ein oder zwei Grad weniger schwerwiegend, rufen aber auch starke Emotionen hervor. Statt extremer Angst und Machtlosigkeit erlebt man eher heftige Niedergeschlagenheit, Trauer oder Mitleid.

Und wenn Angst oder Ohnmacht empfunden werden, fällt diese nicht extrem aus. Ein tiefgreifendes Ereignis kann unerwartet in Ihr Leben treten, aber der unerwartete Charakter ist hierbei keine Voraussetzung. In vielen Fällen hat man das Ereignis bereits kommen sehen und sich geistig darauf vorbereiten können. Trotzdem trifft es einen immer noch ziemlich hart.

- ▶ **Tipp** Im Falle eines einschneidenden Ereignisses steht das eigene Leben oder die eigene Sicherheit weniger auf dem Spiel und geht daher nicht unbedingt mit einer Konfrontation mit dem Tod oder der eigenen Verwundbarkeit einher.

Ein weiteres Merkmal ist, dass es Ihre Existenz nicht akut bedroht.

Ein Beispiel für ein tiefgreifendes Ereignis ist der Tod eines geliebten Patienten oder Bewohners.

Vielleicht möchten Sie jetzt einwenden: „Ja, aber ob ein Ereignis von großer Tragweite ist oder nicht, lässt sich nicht im Voraus sagen und wird sehr individuell bestimmt. Tatsächlich kann ein und dasselbe Ereignis für eine Person drastisch, für eine andere traumatisch sein. Wie kann man feststellen, ob etwas tiefgreifend oder traumatisch war?“

Eine berechtigte Bemerkung und Frage.

- ▶ **Tipp** Nun, ob etwas traumatisch oder tiefgreifend war, erfährt man, indem man auf die verbalen und nonverbalen Äußerungen von jemandem achtet.

Wenn jemand von extremer Angst, Ohnmacht oder Abscheu spricht, wird dies für den Betroffenen wahrscheinlich traumatisch gewesen sein. Es besteht auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein traumatisches Erlebnis einen Menschen zunächst sprachlos macht (wie wir später sehen werden, macht ein traumatisches Erlebnis einen Menschen oftmals zuerst sprachlos). Im Falle eines tiefgreifenden Ereignisses ist es wahrscheinlicher, dass jemand traurig ist und sich erschlagen fühlt.

Den Unterschied zwischen einem traumatischen und einem tiefgreifenden Ereignis kann man vor allem daran festmachen, wenn man die Phänomene des Psychotraumas beachtet, die in diesem Kapitel weiter erörtert werden.

Unterschiede zwischen einem schockierenden/tiefgreifenden und einem traumatischen Ereignis

	<i>Schockierendes/tiefgreifendes Ereignis</i>	<i>Traumatisch/überwältigendes Ereignis</i>
Gefühle während eines Ereignisses	Tiefe Trauer Ein Gefühl der Niederlage	Extreme Angst, Ohnmacht, Schrecken
Unerwartet	Manchmal	Immer
Konfrontation mit dem eigenen Tod oder der eigenen Verwundbarkeit	Nein/in geringem Maße	Ja
Direkte Bedrohung Ihrer Existenz	Nein	Ja

Schlimme Ereignisse

Schlimme Ereignisse haben ungefähr die gleichen psychologischen Auswirkungen wie unerwünschte Ereignisse. Ich beginne mit einer Beschreibung der schlimmen Ereignisse.